

FACULTE MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N° 22

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS DE L'OVAIRE CHEZ L'ENFANT

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

Le 20 Février 1940

PAR

JEAN POUCEL

Né le 20 Juin 1910, a MARSEILLE

INTERNE DES HOPITAUX, AIDE D'ANATOMIE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs de la Thèse	{	M. le P ^r J. FIOLE, <i>Président</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		MM. Y. BOURDE		
		R. POINSO		
		CARCASSONNE		

MARSEILLE
Imprimerie Ant. GED
48, rue Paradis

1940



Digitized by the Internet Archive
in 2026

TUMEURS DE L'OVAIRE CHEZ L'ENFANT

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS DE L'OVAIRE CHEZ L'ENFANT

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

Le 20 Février 1940

PAR

JEAN POUCEL

Né le 20 Juin 1910, a MARSEILLE

INTERNE DES HOPITAUX, AIDE D'ANATOMIE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examineurs de la Thèse	{	M. le P ^r J. FIOLE, <i>Président</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		MM. Y. BOURDE		
		R. POINSO		
		CARCASSONNE		

MARSEILLE
Imprimerie Ant. GED
48, rue Paradis

1940

PERSONNEL DE LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL

Assesseur : A. CHEVALLIER

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MOITESSIER, CASSOUTE

Chargés de Cours honoraires : TIAN, BRUN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : M^{lle} GEORGE

Professeurs :

Anatomie	CORSY
Anatomie pathol. et Pathol. expérimentale	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie analytique et hydrologie	RIMATTEI
Chimie médicale	ROCHE
Clinique chirurgicale	FIOLLE
Clinique chirurgicale	BOURDE
Clinique exotique	HECKENROTH
Clinique des maladies nerveuses	ROGER
Clinique médicale	AUDIBERT
Clinique médicale	OLMER
Clinique médicale	MATTEI
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique obstétricale	VAYSSIÈRE
Clinique ophtalmologique	AUBARET
Clinique oto-rhino-laryngologique	BREMOND
Clinique urologique	CHAUVIN
Histoire naturelle	GABRIEL
Histologie	ROMIEU
Hygiène générale et coloniale	VIOLLE
Médecine légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie interne	MONGES
Pharmacodynamie et matière médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	COTTE
Physique	CHEVALLIER
Thérapeutique	GAUJOUX
Stomatologie (Professeur sans chaire)	BELTRAMI
Physiologie (Professeur sans chaire)	MALMEJAC

Chargé de Cours

Clinique dermatologique	VIGNE
-------------------------------	-------

Agrégés en exercice

MM. JAYLE	MM. POINSO	MM. FIGARELLA	MM. CHOSSON
MOIROUD	DUBOULOZ	SALMON	IMBERT
CARCASSONNE	SAUTET	PAILLAS	AUDIER
BERTHIER	BALANSARD	ARNOUX	DOR
	BRAHIC	DELPHAUT	RECORDIER

Agrégés libres

MM. QUINTARET	PIERI
---------------	-------

Chargés des fonctions d'agrégé

Chimie médicale	DERRIEN
-----------------------	---------

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie descriptive et topographique	SALMON
Chimie minérale	ARNOUX
Médecine du travail	PERIOT
Médecine opératoire	DOR
Microbiologie	QUINTARET
Obstétrique	CHOSSON
Pharmacie chimique	DELPHAUT
Psychiatrie	ALLIEZ
Toxicologie	GUILLOT

R. UHIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MON PERE
LE DOCTEUR JOSEPH POUCEL
Chirurgien des Hôpitaux

Il est à la fois un Maître et un Ami.
Je désire seulement suivre la voie
qu'il m'a tracée.

A MA MERE

A MA FEMME

A MES ENFANTS
JACQUES ET BERNARD

A MON FRERE

AU DOCTEUR J. LAURENT
MON BEAU-PERE
Médecin légiste

A TOUS MES AMIS

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-ONCLE

LE DOCTEUR EUGENE POUCEL

Chirurgien des Hôpitaux

Qui fut un des fondateurs de la
chirurgie marseillaise.

AU DOCTEUR J.-R. HENRY

Chef de Clinique à la Faculté

Pour tout ce que je lui dois. Ma
très grande reconnaissance lui est
acquise.

AUX DOCTEURS

F. PIERI

Chirurgien des Hôpitaux

V. AUBERT

Chirurgien des Hôpitaux

Je n'ai malheureusement pas pu être leur interne. Qu'ils me permettent cependant de rendre hommage à leur très grande valeur professionnelle et de leur témoigner ma reconnaissance pour les soins qu'ils ont prodigués aux miens.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CARCASSONNE

Professeur Agrégé à la Faculté

J'ai pu admirer dans son service ses qualités de clinicien et d'opérateur. Je lui dois maintenant de pouvoir présenter cette thèse qu'il a fait plus qu'inspirer.

Qu'il reçoive ici le témoignage de ma très vive gratitude.

A MON JURY DE THESE

Professeur J. FIOLE, Président

Professeur Y. BOURDE

Professeur R. POINSO

Professeur CARCASSONNE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Docteur J. POUCEL

Chirurgien des Hôpitaux

Docteur CHAUVIN

Professeur à la Faculté

Docteur BREMOND

Professeur à la Faculté

Docteur PIERI

Chirurgien des Hôpitaux

Docteur FRANÇOIS

Médecin des Hôpitaux

Dont j'ai eu l'honneur d'être l'ex-
terne.

Docteur IMBERT
Chirurgien des Hôpitaux

Docteur MOIROUD
Professeur à la Faculté

Docteur DE VERNEJOUL
Chirurgien des Hôpitaux

Docteur CARCASSONNE
Professeur à la Faculté

Docteur CAMBON
Chirurgien Accoucheur des Hôpitaux

Docteur MICHEL
Chirurgien des Hôpitaux

Dont j'ai eu l'honneur d'être l'in-
terne.

A CEUX QUI M'ONT PRÉPARÉ AUX CONCOURS

EN PARTICULIER :

Docteur JACQUES DOR

*Professeur à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux*

Docteur J. PAILLAS

Professeur à la Faculté

Docteur APPAIX

Chef de Clinique à la Faculté

Docteur ROUIT

Interne des Hôpitaux

Toute ma reconnaissance pour
m'avoir préparé à l'internat.

AU DOCTEUR SALMON

*Professeur à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux*

Qui m'a préparé à l'adjuvat.
J'éprouve pour lui la plus vive
admiration pour la qualité de son
enseignement.

AU DOCTEUR PIERRE DANIEL

AU DOCTEUR PAUL BONNET

*Chef de Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie
à la Faculté*

A MES MEDECINS CHEFS

AUX ARMEES

GENERALITES

Si le pronostic des tumeurs de l'ovaire, ainsi que l'a écrit J. MATHIEU, est un problème angoissant chez l'adulte, il revêt une difficulté encore plus grande chez l'enfant.

Et cependant, l'affection n'est pas exceptionnelle et depuis l'observation princeps de GIRALDES (1866), de nombreux cas ont été publiés. La thèse de P. BRUN (Bordeaux 1911-12), celle de FRANCAIS (Montpellier 1925-26) rapportent des cas intéressants. Et l'on retrouve dans la littérature de nombreuses observations rassemblées par les divers auteurs.

Certains (et c'est le cas de DARCOURT, DELMAS, HEYL, HOLTMANN, DOUVEL, MULLER, POUGANNE, WEEKS) sont intervenus à cause d'une complication — et la torsion du pédicule est la plus fréquente. D'autres, au contraire, ont souligné la difficulté du diagnostic et du pronostic clinique chez l'enfant.

Parmi les articles consultés, il nous faut faire une place à celui publié par Monsieur le Professeur BOURDE dans le *Marseille Médical* du 15 janvier 1927 et aux observations de OVANUNI, CINA, FURBEQ, JACKSON. MINNE et GEENE ont enfin consacré à ce sujet une monographie parue en 1938.

Nous avons eu l'occasion à la Clinique Chirurgicale Infantile de la Conception d'observer trois cas de tumeur de l'ovaire et c'est à leur propos qu'il nous a paru nécessaire de reprendre la question, en insistant surtout sur les difficultés diagnostiques et pronostiques d'une telle affection.

Et d'abord essayons de préciser ce que nous entendons désigner sous le nom générique de tumeur de l'ovaire.

Dès qu'on essaye de se faire une idée d'ensemble des tumeurs de l'ovaire, on se heurte à leur complexité qui paraît inextricable au premier abord. Cette dénomination unique englobe en effet des lésions très diverses qui différencient leur traduction symptomatique, leur caractère anatomique, leur évolution. Ce mot de tumeur est pris ici non pas dans son acception étroite impliquant l'amère pensée de malignité, mais dans son sens le plus large de néo-formation. Et chez l'enfant surtout, cette dénomination nous paraît justifiée. Il ne faudra donc pas s'étonner de voir des kystes de l'ovaire figurer parmi elles — car chez l'enfant, certaines tumeurs de l'ovaire affectent l'aspect de kyste simple. Mais l'évolution ultérieure est là pour montrer que de multiples causes d'erreur existent et qu'entre le kyste bénin d'aspect unifolliculaire et la tumeur polykystique il n'y a, du point de vue macroscopique, qu'une question d'évolutivité.

1° L'ÂGE DE LA TUMEUR.

Si sur 85 cas réunis par FRANCAIS, on ne compte que 6 cas intéressant des enfants au-dessous de 2 ans, il semble bien, depuis sa thèse, que les observations éparpillées dans la littérature intéressent des enfants d'âge bien défini.

Les tumeurs de l'ovaire se voient chez l'enfant avec prédilection à deux âges.

a) D'abord à la naissance et dans les deux premières années.

Quelques auteurs ont signalé l'existence de tumeur de l'ovaire chez le fœtus in utero. Elles existent à la naissance.

L'attention est alors attirée par la tuméfaction anormale du ventre qui pousse à l'examen. C'est rarement une complication (torsion, hémorragie, rupture), qui amène la mère de l'enfant à la consultation. Les observations que nous avons pu colliger soulignent l'existence d'une tumeur mobile, le plus souvent gauche, de volume variable, certaines atteignant un poids respectable eu égard au poids total de l'enfant (2 kgs 500 dans le cas de BOURDE chez un enfant de 20 mois extrêmement malingre, 3 kgs 100 dans le cas de BUJAUT chez un enfant de 2 ans et demi, très émacié).

Mais à cet âge, la tumeur seule attire l'attention.

2° Au moment de la puberté, les tumeurs de l'ovaire de l'enfant semblent plus fréquentes. Est-ce à cause des perturbations endocriniennes qu'elles provoquent ? Est-ce à l'occasion d'un examen plus attentif qu'elles sont découvertes ? Est-ce parce que des modifications anatomiques importantes se sont produites à cette période de prolifération ovarienne ? Le fait est là, et il est indéniable que la majeure partie des cas observés s'échelonnent entre 10 et 13 ans.

Un fait est à souligner. Si l'existence d'une tumeur abdominale amène la malade à la consultation, le plus souvent c'est à l'occasion d'un incident ou accident que l'enfant est montrée au chirurgien. De ceux-ci, une place doit être réservée à la torsion, accident souvent signalé par les différents auteurs et auquel la thèse de FRANCAIS n'accorde peut-être pas toute l'importance nécessaire. Il est indéniable, en effet, que les observations publiées rapportent avec fréquence la notion d'une crise douloureuse abdominale rattachée à une perturbation anatomique au niveau du kyste et de son pédicule.

Peut-être la torsion n'est-elle ici que le témoin des profondes modifications anatomiques à cet âge d'un ovaire en conformation pathologique.

C'est une notion à retenir, car elle impose l'examen systématique d'une enfant se plaignant de troubles douloureux abdominaux à l'âge de la puberté. M. JAYLE a déjà, et à maintes reprises, insisté sur cet examen gynécologique minutieux et délicat. Nous reviendrons plus loin d'ailleurs sur cette notion.

Enfin, entre la naissance et la puberté, des observations nombreuses ont été publiées, mais, fait important, la plupart intéressent des cas où l'attention a été attirée par un épiphénomène orientant le diagnostic vers un trouble ovarien : pertes rouges anormales, hirsutisme, troubles ovariens graves. Autant de faits qu'il faut retenir pour l'étude clinique de cas semblables.

Reste à envisager la question d'hérédité. Il est difficile d'avoir une opinion nette à ce sujet — chez l'adulte comme chez l'enfant, il arrive (Thèse de ALI SAADAT, Lyon 1934), de trouver dans la même famille deux sœurs atteintes de tumeurs kystiques bilatérales des ovaires, et un cas typique nous a été confié par Monsieur le Professeur CARCASSONNE.

M^{lle} Ch..., 8 ans, d'Aix, a été opérée en 1932 pour kyste de l'ovaire gauche par Monsieur le Professeur TIXIER (Obs. consignée dans la thèse de MATHIEU, Lyon 1938-1939). Monsieur le Professeur agrégé CARCASSONNE a opéré sa sœur, âgée de 20 ans, en avril 1939, pour une tumeur de l'ovaire gauche qui s'est avérée être un kyste banal tordu sur son pédicule et ayant la grosseur d'une forte orange.

En 1909, KIRMISSON attirait l'attention de l'Académie de Médecine sur le cas d'une fillette de 7 ans, atteinte d'épithélioma kystique végétant de l'ovaire droit dont

il avait opéré le frère pour une maladie kystique du testicule.

L'aspect histologique des deux tumeurs était à peu près semblable. Par ailleurs, la mère des enfants présentait un kyste d'origine wolfienne de la paroi antérieure du vagin.

Faut-il attacher une importance à des faits semblables ? APPERT, encore récemment, soulignait le type infantile des organes génitaux externes chez des petites filles opérées de kystes dermoïdes. De là à voir dans l'apparition de tumeur kystique un trouble de développement de l'arbre génital au profil d'enclaves embryonnaires, il n'y a qu'un pas.

Mais l'étude des tumeurs lutéiniques et hyperfolliculinémiques, dont MOULONGUET a rapporté plusieurs cas, montre qu'indépendamment des tumeurs embryonnaires, il existe toute une série de troubles dysplasiques dont l'intérêt immédiat réside dans le déterminisme d'un facteur de bénignité ou de malignité.

D'où l'intérêt de l'étude pathogénique et anatomo-pathologique de ces tumeurs.

PATHOGENIE

Le jeune âge à partir duquel on observe des kystes de l'ovaire chez l'enfant (rappelons-nous qu'ils ont été même décrits chez des fœtus avant terme), est un argument important en faveur de la congénitalité de ces tumeurs. On sait que cette conception est actuellement à peu près universellement admise en ce qui concerne les kystes dermoïdes de l'adulte : nous verrons qu'elle n'est pas en contradiction avec les opinions actuellement admises sur la pathogénie des kystes mucoïdes de l'adulte également. L'explication par laquelle on justifie l'apparition souvent tardive de ces tumeurs jugées congénitales, est que l'anomalie histologique d'où proviendra le kyste, constituée dès la vie embryonnaire, peut ou ne se développer que lentement pour se manifester tard par un accroissement brusquement accéléré, ou rester en sommeil complet jusqu'au jour, précoce ou tardif, où une cause inconnue viendra déterminer la multiplication de ces cellules inactives.

I. — KYSTES DERMOIDES.

1° La pathogénie par enclavement ectodermique, hypothèse autrefois admise par VERNEUIL, LANNELONGUE, ACHARD, hypothèse considérant les kystes dermoïdes comme le résultat d'une inclusion, pendant la vie fœtale, des téguments cutanés plus tard développés dans la profondeur, n'est plus admissible pour « des tumeurs profondes comme celles de l'ovaire, et qui renferment

des dérivés des trois feuillets blastodermiques » (FORGUE et MASSABUAU).

2° La théorie de la pathogénèse (WALDEYER, MATHIAS-DUVAL), cherchant dans la signification physiologique même de l'ovaire la cause de formations kystiques, propose à l'esprit la conception d'une division spontanée, sans fécondation de l'ovule, d'où résulterait un embryon monstrueux, une tumeur tératoïde. A cette théorie, FORGUE et MASSABUAU opposent deux objections fondamentales :

a) La parthénogénèse n'a jamais été démontrée chez les vertébrés ;

b) La possibilité du développement de kystes dermoïdes est démontrée ailleurs que dans l'ovaire, c'est-à-dire dans des régions où la segmentation de l'ovule ne peut pas être invoquée.

3° « La seule théorie qui semble aujourd'hui pouvoir expliquer tous les cas de tératomes et, par conséquent, les kystes dermoïdes de l'ovaire, est la théorie blastomérique issue des travaux de M. ROUX. Les blastomères sont les cellules primitives de la segmentation primitive de l'ovule. Or, si l'on trouble mécaniquement l'évolution normale de ces cellules primitives, on constate que chacun de ces blastomères peut produire soit un embryon plus petit, soit un embryon incomplet, soit un véritable tératome. Les tératomes de l'ovaire, les kystes dermoïdes seraient donc produits par le développement monstrueux d'un blastomère primitif, isolés dès les premiers stades du développement de l'ovule, et évoluant pour son propre compte » (J.-L. FAURE et SIREDEY). « Rien d'étonnant à ce que l'embryome siège le plus souvent dans la zone génitale, puisque chez l'embryon, l'éminence génitale, future grande sexuelle, occupe la

majeure partie de la région prévertébrale. Mais cela n'exclue pas les possibilités de son développement dans d'autres régions de l'organisme » (FORGUE et MASSABUAU).

Nous avons là une explication évidente de la congénitalité des kystes dermoïdes : le trouble dans le développement des tissus qui leur donnera naissance se trouve constitué dès la vie embryonnaire. Le moment où le blastomère ainsi isolé se mettra à évoluer pour son propre compte importe peu. « Les kystes dermoïdes ne manifestent leur existence qu'à une époque plus ou moins tardive, et variable suivant les accidents qu'ils déterminent, selon le siège qu'ils occupent et la rapidité de leur développement, » disent LANNELONGUE et ACHARD ; et, se basant sur les statistiques de PIGNE, de LEBERT, de PAULY, et sur une statistique personnelle, où éclate la grande fréquence des kystes dermoïdes de l'ovaire dans les premiers mois de la vie, ils concluent : « Les kystes dermoïdes sont constamment congénitaux ; mais, dans une première phase de leur évolution, appelée par VERNEUIL, période d'indolence et de stagnation, ils sont facilement méconnus ; cette période d'inobservation peut avoir, dans certains cas, une durée très longue, et se prolonger jusqu'à un âge avancé, surtout pour les kystes profonds ».

II. — KYSTES MUCOIDES.

Nous l'avons dit, le kyste mucoïde est beaucoup plus volontiers, à l'heure actuelle, considéré comme un adénome qui subit l'évolution kystique que comme un épithélioma. Mais quel est l'épithélium qui est l'origine de sa prolifération ?

1° Les tubes de PFLUGER de la période embryonnaire, répondent KLEBS et WALDEYER ; ces tubes, inutilisés,

demeurés inclus, forment des cordons pleins dont le centre se ramollit et dégénère ; ils peuvent se réunir et former de vastes cavités. On peut objecter à cette théorie qu'elle repose sur une hypothèse non démontrée, et que le type histologique des kystes mucoïdes ne répond pas aux cellules pflügériennes.

2° L'épithélium de surface de l'ovaire, répondent MALASSEZ et SINETY, qui prolifère, se déprime, s'invagine, se sépare de la surface et constitue dans la substance corticale des lumières revêtues d'épithélium qui sont les premiers tubes adénomateux. C'est là la théorie classique, considérée comme la plus vraisemblable et qui s'appuie sur de nombreuses observations où l'étude histologique a été soigneusement faite.

3° Les débris wolfiens du hile de l'ovaire répondent OLSHAUSEN, DORAN, HOWEL, SCHICKEL, LECÈNE — débris inclus dans l'ovaire et qui vont y proliférer ultérieurement pour devenir le kystome ovarien. Cette théorie séduisante jouit, à l'heure actuelle, d'une grande faveur.

4° L'opinion de LANNELONGUE et ACHARD permet de conserver encore, au moins en ce qui concerne les enfants, la vieille théorie de l'hypertrophie des follicules de de GRAAF, « aujourd'hui rejetée généralement pour les kystes de l'adulte, et applicable seulement à un petit nombre de cas, dans lesquels les kystes n'atteignent jamais un grand volume ». GIRALDES, BOULLARD, CRUVEILHIER avaient remarqué l'existence de ces petits kystes séreux ou séro-sanguins, et leur ressemblance avec les petits kystes de l'ovaire de la femme âgée. Or, chez le nouveau-né, cette hypertrophie folliculaire a été observée par de SINETY, qui la déclare assez fréquente ; elle peut doubler ou tripler le volume de l'organe. Elle paraît être une exagération du processus physiologique

plus ou moins actif dont l'ovaire est le siège à cette époque ; parfois, les cavités présentent un commencement d'atrésie ; en tous cas, elles ne semblent pas être le point de départ de tumeurs ovariennes véritables.

Mais ce mode de développement convient-il à tous les cas ? C'est ce qu'il est difficile d'admettre pour certains kystes qui offrent avec ceux de l'adulte une grande ressemblance macroscopique. Les kystes congénitaux de ce genre ne seraient qu'une forme précoce des kystes de l'adulte ou kystes prolifères, dont la formation est rapportée par MALASSEZ et de SINETY au développement d'un épithélioma mucoïde. On sait que les kystes prolifères peuvent apparaître dès l'enfance, et l'on conçoit également que leur développement survienne encore plus tôt pendant la période de formation de l'ovaire. C'est du moins l'interprétation qui semble convenir pour le fait d'ALBAN DORRAN, dans lequel, chez un fœtus de sept mois, l'un des ovaires était le siège d'un kyste prolifère, en même temps que les follicules de de GRAAF faisaient défaut.

Ces faits ménagent donc des transitions entre les kystes congénitaux et les kystes de l'adulte ; ils montrent que l'on peut établir un lien entre toutes ces productions (LANNELONGUE et ACHARD).

Ainsi, pour LANNELONGUE et ACHARD, la plupart des kystes mucoïdes de l'enfant relèveraient d'une pathogénie semblable à celle des kystes de l'adulte, mais certains pourraient être rattachés à l'hydropisie des follicules de de GRAAF. Ces derniers seuls mériteraient le titre de congénitaux. Il nous semble qu'à l'heure actuelle, on aurait tendance à accorder ce titre à tous les kystes de l'ovaire, même chez l'adulte ; la démonstration pour les kystes dermoïdes, en est suffisamment faite ; pour les kystes mucoïdes, elle réside dans la manière dont l'avenir confirmera la théorie wolffienne (origine du

kystome aux dépens de débris embryonnaires), théorie qui paraît gagner tant de partisans aujourd'hui. « Il est certain, dit Pozzi, que non seulement le germe de beaucoup de ces tumeurs existe dès la période foetale, mais encore que le néoplasme a parfois débuté dès cette époque, et demeure à l'état latent jusqu'à l'impulsion qui lui permet de se développer. Cela ne saurait être mis en doute pour les tumeurs dermoïdes, et diverses observations tendraient à démontrer qu'il peut en être de même pour les kystes prolifères ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il nous faut d'abord souligner les particularités des tumeurs kystiques ovariennes chez l'enfant. Puis à la lumière des publications récentes, nous essayerons de situer ces tumeurs dans la gamme impressionnante des tumeurs de l'ovaire.

L'ovaire le plus souvent en cause est l'ovaire gauche et cela aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte (FORGUE et MASSABUAU, MOCQUOT, ALI SAADAT, ROUSSELIN, MATHIEU).

La bilatéralité est, chez l'enfant, exceptionnelle.

Le volume est variable, mais comme le souligne FRANCAIS, l'enfant peut présenter un énorme kyste non en rapport avec son poids et sa taille. Le Professeur BOURDE a déjà insisté dans le *Marseille Médical*, à propos d'un cas personnel sur cette disproportion (2 kgs 500 chez un enfant de 20 mois, cachectique) ; NOVACK en 1928 (*Mem. Archiv. für Klinische Chirurgie*, mars 1928), cite les poids suivants : 7 kilogs pour une tumeur de l'ovaire gauche chez une enfant de 11 ans. FRANCAIS rappelle quelques poids intéressants : 6 kilogs chez une enfant de 13 ans, 13 livres et demie chez une enfant de 7 ans, 17 livres chez une enfant de 13 ans, 20 livres chez une enfant de 12 ans. Et le fait est encore plus remarquable chez le nourrisson, puisque RYAN a rapporté en 1933 (*Surgery Gynecologie and Obstetric*), les cas de deux nourrissons, respectivement de 6 et 8 mois, présentant chacun une tumeur de l'ovaire de 700 grammes et 620 grammes.

Mais ceci n'est pas pour étonner et si le rapprochement avec les tumeurs de l'ovaire chez l'adulte est possible, ceci en est une nouvelle manifestation.

Quelles sont maintenant les variétés anatomiques des tumeurs de l'ovaire chez l'enfant ?

Les kystes dermoïdes paraissent les plus fréquents (environ 45 % des cas observés dans les diverses statistiques. Macroscopiquement, ils répondent à la description classique : tumeur kystique de consistance inégale le plus souvent uniloculaire. La paroi est épaisse, enveloppant un contenu épais blanchâtre rappelant le contenu des kystes sébacés, avec, perdus à l'intérieur ou implantés sur la coque, des organes d'origine diverse.

Les kystes mucoïdes sont, semblent-ils, moins fréquents — uni ou multiloculaires — ils ne présentent que rarement des végétations externes. Est-ce assez pour affirmer, comme certains auteurs, que de telles tumeurs sont toujours des kystes simples dont le pronostic peut être affirmé bénin ?

En d'autres termes peut-on, de l'aspect histologique d'une tumeur kystique chez l'enfant, affirmer la bénignité ou la malignité ?

Nous ne le pensons pas. « La classification histologique des tumeurs de l'ovaire paraît sans valeur pratique : elle ne schématise rien et se contente d'énumérer un nombre toujours plus grand de types anatomiques. Elle n'est pas facilement utilisable et l'on ne sait dans quel groupe ranger une tumeur qui présente sur la même pièce deux aspects différents ». C'est dire qu'en dehors des types classiques sur lesquels peut, dans certaine mesure, être affirmée la bénignité, compte tenu des faits cliniques, il est très malaisé au microscope de classer la tumeur examinée dans une catégorie histologique duement déterminée.

On a pensé, en s'appuyant sur l'embryologie, réaliser une classification des tumeurs de l'ovaire, qui, de ce fait, prend chez l'enfant une plus grande importance.

Les recherches embryologiques de KOLLIKER, WALDEYER, MIHALKOWIG, WINNWARDEN et SARFONT ont concevoir la glande génitale embryonnaire comme une masse cellulaire mésenchymateuse faisant hernie à la face antérieure du corps de WOLFF et s'en séparant progressivement. Elle est recouverte de l'épithélium coelomique stratifié à ce niveau en plusieurs couches et qui porte le nom d'épithélium germinatif. L'ovaire va se constituer par des remaniements dûs à la pénétration de l'ébauche génitale de bourgeons nés des corpuscules de MALPIGHI du corps de WOLFF, qui donnent l'organe de MIHALKOWIG et a des poussées proliférantes successives de l'épithélium germinatif.

De nombreuses perturbations se produisent. Les éléments femelles apparaissent assez tardivement. Connaissant les différentes « poussées » (KOLLIKER) et leur âge, ne serait-il pas possible de classer les tumeurs de l'ovaire ? A chaque source embryologique ne correspondrait-il pas un pronostic donné ? De là sont nées les différentes classifications embryogénétiques dont la multiplicité même montre l'imprécision que soulignent encore les conclusions récentes de FÉLIX excluant la participation du corps de WOLFF à la constitution de l'ovaire adulte et donnant de nouvelles classifications aux subdivisions de plus en plus complexes.

Nous avons tenu à signaler ces faits sans y insister. Par ailleurs, il nous faut rappeler l'orientation prise en Allemagne ces dernières années pour une tentative de classification pronostique des tumeurs de l'ovaire d'après son pouvoir hormonal.

R. MEYER, SHUSCHANIA ont montré que l'on pouvait déceler par des tests chimiques ou biologiques l'activité

endocrine de certaines néoplasies ovariennes. MEYER va plus loin encore : pour lui, cette action sécrétoire est propre à certaines d'entre elles qui s'avèrent par la suite bénignes dans l'ensemble et radiosensibles.

On voit l'intérêt de cette notion même chez l'enfant où ces dernières années, à la suite de LECÈNE et MOULONGUET, on a mis en évidence des folliculomes bénins et certaines tumeurs lutéiniques dont la caractéristique clinique est de se manifester par des signes d'hyperfonctionnement ovarien.

Jusqu'à présent, la classification biologique de ces tumeurs n'est pas suffisante pour donner la clef du pronostic.

Ainsi, de ces considérations anatomo-pathologiques et embryogénétiques découle la notion d'une extrême confusion : le microscope ne peut, à lui seul, déterminer surtout chez l'enfant le devenir d'une tumeur ovarienne.

ETUDE CLINIQUE

Deux catégories de faits cliniques sont à envisager.

a) L'enfant est proche de sa puberté. La présence d'une tumeur abdominale attire l'attention. Le tableau clinique du kyste de l'ovaire s'affirme suivant la plus fidèle description des ouvrages classiques. Le diagnostic est alors aisé et s'il peut se discuter, c'est surtout avec les autres tumeurs kystiques possibles chez l'enfant et en particulier les kystes du mésentère. Les signes de TILLAUX, mobilité très grande en tous sens, zone sonore au devant de la tumeur, autre zone sonore au-dessus du pubis ne suffisent pas à faire le diagnostic.

Seul le toucher rectal peut apporter un élément d'appoint lorsque la tumeur est abdomino-pelvienne. Encore faut-il faire d'extrêmes réserves sur ce point, la laparotomie seule permettant parfois de trancher le débat. L'anesthésie générale au kélène a été employée pour permettre l'examen (J. POUCEL).

Une place est à faire dans cette discussion diagnostique avec la grossesse. Le problème est plus délicat qu'il n'y paraît au premier abord. L'âge de l'enfant n'est pas un argument valable, pas plus que l'examen des organes génitaux externes. (« La plus jeune mère du monde », Lina Médina, avait 5 ans !) La réaction de Brouha même peut être sujet à erreur (Brouha positif des folliculomes, R. MEYER). L'examen attentif de la petite malade, sa mise en observation peuvent seuls trancher ce diagnostic.

Nous n'insisterons pas sur la distension vésicale par rétention qui, plus souvent qu'on ne le pense, égare un

examen. Il faut penser aussi à l'*hématométrie* (J. POUCEL. V. Observ. 6).

Une tumeur abdomino-pelvienne mobile chez l'enfant doit orienter l'examen pour établir un diagnostic de kyste de l'ovaire.

b) Mais à côté de ces cas, où la tumeur s'affirme chez une enfant déjà évoluée, combien le diagnostic devient plus difficile chez le jeune enfant ou le nourrisson.

Ici le tableau clinique est perturbé par une symptomatologie d'emprunt. Et chez le tout petit enfant, celle-ci peut égarer complètement le diagnostic.

Tantôt le nourrisson est amené pour une énorme augmentation du ventre (72 cm. de circonférence abdominale chez un enfant de 30 mois (HOOKS), 83 centimètres chez une enfant de 4 ans (SHWARTZ), 102 cm. chez une enfant de 7 ans, 110 cm. chez une enfant de 13 ans.

On constate alors l'existence d'une tumeur assez rarement pelvienne (et décelable de ce fait au toucher rectal).

Le plus souvent, elle est abdominale. Le ventre est distendu, saillant, l'ombilic pointe en avant. La palpation est difficile, mais lorsque l'enfant se calme, on sent la tumeur et on peut préciser son siège, son volume et sa consistance. La percussion révélant la matité préombilicale et la sonorité des flancs n'est pas un examen inutile, loin de là, encore que sa valeur véritable prête à discussion.

L'aspect même de l'enfant complète ce tableau clinique. Son faciès amaigri « de petite vieille », ses yeux excavés, son aspect cachectique associé souvent à une dyspnée intense et à des troubles digestifs (diarrhée, vomissements).

Mais si le diagnostic s'impose quand la tumeur est facilement perceptible ou lorsqu'elle s'associe à des signes de perturbation ovarienne (hémorragie génitale

du type menstruel), il est souvent hésitant parce que le tableau clinique est moins net et parce que fréquemment, à cause de son développement, la tumeur n'est pas perçue à la palpation.

Comme l'a souligné le Professeur BOURDE, ici se pose le diagnostic des gros ventres chez l'enfant.

Gros ventre rachitique, flasque, se laissant déprimer facilement, affectant l'allure du ventre de batracien classique, chez un enfant aux multiples déformations osseuses, au palais ogival, et aux antécédents héréditaires souvent chargés.

MÉGACOLON qui donne un ventre distendu surtout dans la région sus-pubienne et dans l'hypochondre gauche, mais dont le tympanisme anormal attire l'attention. La constipation opiniâtre en est un signe constant et l'appoint apporté par *l'examen radiologique* est ici énorme.

Enfin, l'épreuve de l'infiltration lombaire provoquant une débâcle diarrhéique est un élément d'appréciation à ne pas négliger.

Mais le diagnostic le plus délicat reste celui à poser avec les différentes ascites d'origine médicale.

Péritonite tuberculeuse assez rare chez le tout jeune enfant, plus fréquente vers 6 à 8 ans et qui reste le diagnostic le plus difficile. OMBREDANNE a montré combien de peu de valeur était dans ces cas les signes fournis par la percussion. BOURDE a insisté — avec observation à l'appui — sur la précocité des symptômes différentiels, sur la nécessité d'examens attentifs et répétés.

Enfin, d'autres causes d'ascite chez l'enfant peuvent être invoquées (cardiopathie, néphrite, hépatites, spécificité). Ces signes associés permettent le plus souvent de les éliminer.

Si nous voulons donc nous résumer : c'est certainement dans cette forme de grosse tumeur abdominale difficilement perceptible que doit se faire jour ce que

l'on a appelé « le flair clinique », qui est en réalité une intuition guidée par une parfaite connaissance bien appliquée aux circonstances de la symptomatologie et de ses variations.

Enfin une *complication* peut révéler l'existence du kyste et il est curieux de constater combien ces faits sont fréquents.

La torsion du kyste est souvent le signal symptôme de la tumeur abdomino-pelvienne. Si certaines s'accompagnent d'un tableau péritonéal qui pose le diagnostic de tous les drames péritonéaux chez l'enfant et que tranche généralement le toucher rectal, il est à souligner toutefois que la torsion chez l'enfant peut se faire en plusieurs temps par petites crises douloureuses qui, pour être plus ou moins éloignées ont une importance diagnostique. Comme le dit BOURDE, on pensera plutôt à l'existence d'une invagination intestinale ou d'une appendicite aiguë. Le kyste sera trouvaille d'opération, mais nous insistons beaucoup sur la nécessité absolue d'explorer les annexes d'une enfant chez qui l'appendice ne suffit pas à expliquer le drame abdominal constaté. Une fois l'invagination intestinale éliminée, la perforation ou l'inflammation du diverticule de MECKEL rejetées, un doigt explorateur doit interroger les annexes.

Plus rarement, on aura à faire à une hémorragie intrakystique ou à une suppuration.

La rupture a été assez souvent signalée. Son diagnostic n'en est pas aisé si la notion de kyste est inconnue.

Mais le drame abdominal impose l'intervention qui, dans la plupart des cas, fixe la nature de la lésion.

Nous ne rappellerons que pour mémoire les complications extrinsèques des tumeurs de l'ovaire :

Rétention d'urine,
Pollakiurie,
Occlusion intestinale,

et les complications lombaires de compression ou d'évolution maligne :

Ascite,

Epanchements pleuraux.

L'étude clinique des tumeurs de l'ovaire serait ici schématisée, s'il ne fallait faire une place à part à une catégorie de tumeurs dont l'intérêt physiologique est particulier.

Nous voulons parler de ces folliculomes de l'ovaire sur lesquels MEYER en Allemagne, MOULONGUET et VARANGOT, en France, plus récemment GERNEZ, ont attiré l'attention.

L'apparition d'une puberté précoce résume le tableau. Il est absolument pur. Il n'y a pas d'hypertrichose, pas d'adiposité, pas de macrogénitosomie. Les enfants sont des femmes en miniature (VARANGOT). Sur les 12 observations connues, il n'existerait pas d'exemple où le syndrome ait fait défaut. Mais l'on ne doit pas oublier que chez l'enfant, d'autres tumeurs endocrines peuvent donner des signes analogues (ELTENCH : hypernéphrome, pinéalome, tumeurs hypophysaires). Heureusement, elles ont des symptômes propres : la masse abdominale est absente. Le développement du système pileux et des organes génitaux est différent.

La puberté précoce est un signe important de tumeur ovarienne.

Au terme de cette étude clinique que nous avons voulue schématique, nous pouvons nous demander si dans la symptomatologie un élément quelconque peut nous aider à fixer notre pronostic.

Il ne le semble pas et si dans une grande majorité des cas, les kystes enlevés sont bénins, aucun élément

embryogénétique, histologique ou clinique ne peut permettre d'affirmer un pronostic certain. Certaines peuvent être rangées dans des catégories duement différenciées, mais des observations de WALKLEY (*Surg. Gynecol. Obstetric*, mars 1933), montrent combien celles-ci sont fragiles.

Les malades opérées devront donc être suivies avec soin, même à longue échéance, avant d'affirmer une parfaite guérison.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

(D^r TIXIER - D^r CARCASSONNE)

In Thèse de MATHIEU

C... Marie, 7 ans et demi, vient pour troubles abdominaux et douleurs. Sa mère a constaté également que du côté gauche le ventre était asymétrique.

L'examen de l'abdomen montre une masse arrondie grosse comme une tête d'enfant située à gauche, mobile, perceptible par le toucher rectal.

Opérée en avril 1939 (P^r TIXIER - D^r CARCASSONNE).

On constate une tumeur de l'ovaire gauche. L'ovaire droit est sain, l'utérus normal.

Ablation de la tumeur. L'utérus et les annexes du côté droit sont conservés.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un kyste constitué par une série de tissus variés : épithélium de type malpighien auquel sont annexées des glandes sébacées et des poils — tissus cartilagineux et tissus nerveux. On ne voit nulle part d'aspect qui puisse faire penser à une cancérisation de ce kyste de l'ovaire.

A la suite de l'intervention, la petite malade n'a plus présenté aucun trouble. Elle a été réglée en septembre 1936 et elle continue à l'être depuis régulièrement. Le docteur CARCASSONNE l'a revue récemment, elle avait un état général et local excellent.

OBSERVATION N° 2

(P^r CARCASSONNE)

G... Jeanne, 13 ans.

A été prise brusquement, à la fin d'une période menstruelle dont l'écoulement avait été particulièrement abondant, de douleurs abdominales très vives du côté gauche. En même temps on constate une tuméfaction du même côté.

A l'examen, tumeur de l'ovaire gauche perceptible par le toucher rectal. Il n'y a rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires, personnels et collatéraux. L'enfant a été réglée à 8 ans et demi.

Le 3 mars 1935, intervention (P^r CARCASSONNE).

Incision de Pfannenstiël. Kyste de l'ovaire gauche, utérus et annexes droites sains. Il s'agit d'un kyste de l'ovaire d'aspect banal. On ne juge pas nécessaire de faire pratiquer un examen histologique.

Au mois de mai 1938, apparition d'une tumeur droite enlevée par un autre chirurgien, sans examen histologique non plus. En novembre 1938, cette malade présente des métastases péritonéales et osseuses avec amaigrissement, ascite, douleurs vertébrales avec des signes de paraplégie. Elle meurt en janvier 1939.

OBSERVATION N° 3

(D^r GARY)

C... Joséphine, 11 ans et demi.

Ressent brusquement, dans la nuit du 8 octobre 1935, une douleur dans l'hypocondre droit qui se propage ensuite à la région péri-ombilicale. Cette douleur se calme et subit des exacerbations qui reviennent tous les quarts d'heure à peu près. Deux ou trois vomissements cinq heures après le début de la crise. Température 37°5.

Un médecin appelé constate la présence d'une tumeur sous-ombilicale et fait rentrer l'enfant à l'hôpital en soulignant le fait qu'elle aurait été soignée dans un sanatorium. Elle est vue dans le service du Professeur BOURDE le 9 au matin. C'est une enfant bien constituée. Elle continue à se plaindre de violentes douleurs abdominales et n'aurait eu ni selles, ni gaz depuis le début de la crise.

Le faciès est vultueux, la langue saburrale, le pouls à 72 bien frappé. Température : 37°4.

Examen de l'abdomen. — Le ventre respire mal : contracture marquée de tout l'abdomen, mais prédominant dans la fosse iliaque droite. Sous cette contracture, on perçoit une masse sous-ombilicale très douloureuse. A l'auscultation, quelques sibilants.

L'examen des autres appareils est négatif.

Antécédents personnels : rougeole à 4 ans. Affection pulmonaire suspecte (elle a séjourné dans un sanatorium de Cannes pendant trois ans et demi) ; *héréditaires* : mère morte de tuberculose.

Le diagnostic est hésitant entre kyste de l'ovaire et appendicite.

L'intervention est aussitôt décidée (D^r GARY).

Incision de Jalaguier. On trouve un kyste de l'ovaire droit tordu deux fois sur son pédicule. Liquide clair à l'intérieur.

Suites banales sauf une poussée de température le 18. Cicatrisation per primam ; elle sort le 28 octobre. N'a pas été revue depuis.

OBSERVATION N° 4

(D^r Joseph POUCEL)

Kyste bilatéral. Hémorragie intra-kystique à droite

D... Marie-Antoinette, 15 ans.

Réglée à 13 ans, régulièrement. La veille des règles, a souvent une douleur abdominale vive, mais ne durant que quelques minutes. Le 22 février 1925, à son réveil, éprouve une douleur violente dans le ventre, diffuse, avec sensation d'étouffement, sans autre élévation de la température qu'une poussée passagère à 37°6. Pas de vomissements.

A l'examen, enfant vigoureuse, très bien constituée. La palpation révèle à la région hypogastrique une masse très dure, ayant presque la consistance d'une tumeur solide, médiane, de 13 cm. de hauteur sur 17 cm. de largeur, sans connexion avec les organes de l'étage supérieur, attenant au contraire aux organes pelviens. Par le toucher rectal on constate que les mouvements imprimés à la tumeur ne se transmettent que d'une façon très indirecte au col. Rien d'anormal du côté des seins.

Opération le 12 mars 1925. On enlève à droite un kyste mucoïde (?) de l'ovaire de 800 grammes, et à gauche un kyste de la grosseur d'un œuf. L'appendice, très congestionné, est également enlevé. L'utérus est laissé. La cause de la crise douloureuse paraît avoir été une hémorragie intra-kystique, avec distension brusque de la poche. Le kyste de droite contenait, en effet, du liquide séro-sanguin sous forte tension.

Suites opératoires excellentes. Un fragment a été envoyé à l'examen-histologique, mais la pièce a dû s'égarer et le résultat n'a pas été fourni.

En 1931, ablation du rein droit pour pyélo-néphrite.

En 1933, alerte. Douleur vive au fémur gauche, avec gonflement faisant craindre une néoplasie. L'exploration chirurgicale montre un petit abcès sous-périostique. Revue en 1939 en excellente santé. N'a pas de bouffées de chaleur malgré l'absence de règles. Très sportive, est restée musclée, sans adiposité.

OBSERVATION N° 5

(D^r Joseph POUCEL)

Kyste unilatéral tordu

R... Marie-Louise, 11 ans.

Bonne santé. Le 17 mai 1926, douleur violente au bas ventre, sans fièvre ni vomissements. Cette crise est la quatrième depuis deux ans. De plus, crises nerveuses avec perte de connaissance et convulsions, durant dix minutes. Adressée par le docteur A. RAYBAUD, père.

A l'examen, tumeur sous-ombilicale médiane, débordant à droite, nettement fluctuante. Hauteur 8 cm., largeur 14 cm. 5. L'examen radiologique montre une ombre grisâtre arrondie. Toucher rectal négatif.

Opération le 31 mai 1926. On trouve un gros kyste de l'ovaire gauche, déplacé vers la droite et ayant effectué trois tours de torsion en sens inverse des aiguilles d'une montre. Annexes droits sains. Appendice sain. Ablation du kyste très simple. Il pèse 800 grammes. Revue en 1939 en excellente santé.

OBSERVATION N° 6

(D^r Joseph POUCEL)

Kyste unilatéral tordu à contenu hémorragique

C... Thérèse, 15 ans.

Excellente santé. Le 13 décembre 1927, est prise brusquement de douleurs violentes dans le bas ventre. Vomissements. Pas de fièvre. N'a jamais été réglée. Se plaint du ventre depuis plusieurs années. A l'examen, masse arrondie allant du pubis à l'ombilic, mesurant 12 cm. de hauteur et 13 cm. 5 de largeur. Consistance rénitente, un peu irrégulière. Habitus normal. Seins normaux. Développement normal du système pileux.

Examen sous anesthésie générale au kélène le 26 décembre. Col abaissé jusqu'à 4 cm. de la vulve, non ramolli. On sent en arrière une masse dans le Douglas, paraissant se continuer avec le col, et difficile à isoler de l'utérus.

Cette malade avait été envoyée à l'hôpital comme « suspecte d'hématométrie ». L'absence de règles et la difficulté d'isoler la masse de l'utérus rendaient le diagnostic difficile.

Opération le 29 décembre. On trouve un gros kyste médian adhérent de toutes parts à la masse intestinale. L'aspect est gris ardoisé. On clive assez facilement l'intestin et l'on reconnaît qu'il s'agit d'un kyste de l'ovaire droit tordu. Il adhère à l'ovaire gauche qui est aplati. La trompe gauche est congestionnée, mais non indurée. Le kyste avait subi une rotation d'un peu plus d'un tour dans le sens des aiguilles d'une montre. Après détorsion, le kyste reste appendu à un étroit pédicule arrivant jusqu'à la corne utérine. Ses vaisseaux sont thrombosés. Annexes gauches laissés en place. Ablation de l'appendice. Poids du kyste : 760 gr. A la coupe, pas de liquide, mais présence d'un caillot plus ou moins organisé occupant toute la cavité.

Suites opératoires excellentes.

Revue en 1929 pour une affection indépendante de son opération. Rien d'anormal à ce moment du côté de l'abdomen.

OBSERVATION 7

(Docteurs ACQUAVIVA et PAOLI)

Kyste de l'ovaire tordu

M... Jacqueline, 8 ans.

Entre dans le service le 31 décembre 1939, à 10 heures du matin, pour vomissements et phénomènes abdominaux.

A l'examen : on constate un abdomen volumineux avec tympanisme des flancs et une masse rénitente, modérément douloureuse et mobile. Le toucher rectal confirme la présence de cette masse.

L'arrêt des matières est complet, mais l'enfant fait des gaz. Vomissements bilieux peu répétés : un toutes les 6 heures.

Le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu est posé.

Intervention à 16 heures par les docteurs PAOLI et ACQUAVIVA.

Anesthésie générale au balsoforme.

Extirpation d'un volumineux kyste de l'ovaire dont le pédicule est tordu trois fois sur lui-même.

Ligature du pédicule.

Suture de la paroi en trois plans.

Suites normales.

Sort du Service le 18 janvier 1940.

OBSERVATION 8

(Docteur SALMON)

Petit kyste de l'ovaire droit et appendicite chronique

H... Aram, 14 ans. Depuis l'âge de 13 ans, douleurs abdominales fréquentes. Le 26 juin 1936, crise avec douleurs dans tout le cadre colique, avec prédominance fosse iliaque droite et région suspubienne.

Opération le 2 juillet 1936 (D^r SALMON). Laparotomie latérale droite. Trendelenburg. Kyste de l'ovaire droit, à contenu hémorragique, de la grosseur d'un œuf de cane. Extirpation. Appendice congestionné enlevé.

Suites opératoires normales, mais en juin 1937, crise abdominale douloureuse traitée médicalement. Les règles sont normales, mais très douloureuses.

OBSERVATION 9

(Docteur SALMON)

Kyste dermoïde tordu de l'ovaire gauche

Petit kyste dermoïde de l'ovaire droit

F... Paulette, 14 ans. A 12 ans, crises douloureuses fosse iliaque gauche, avec vomissements bilieux. Règles irrégulières. En octobre 1935, crise violente. Pouls à 120. Tumeur paramédiane gauche du volume d'une tête de fœtus.

Opération (D^r SALMON). Kyste tordu une fois et demi en sens inverse des aiguilles d'une montre. Ablation. Paroi très épaissie. A l'intérieur, grande quantité de cheveux et un fragment d'os. L'ovaire droit a le volume d'un petit œuf. Il est criblé de kystes. Il contient des poils. Résection partielle. Suites troublées par une phlébite. Guérison.

OBSERVATION 10

(Docteur SALMON)

Appendicite chronique et kyste de l'ovaire

I... Cécile, 14 ans. Entrée à la Conception le 27 décembre 1937 pour appendicite chronique. L'observation ne mentionne pas le tableau clinique ovarien ni le processus opératoire. L'examen histologique de la tumeur a donné le résultat suivant : « La paroi kystique est constituée par une mince bande conjonctive recouverte d'un épithélium cylindro-cubique non proliférant.

A l'intérieur de la cavité, liquide séro-fibrineux. Pas de transformation maligne apparente sur ce fragment *.

TRAITEMENT

Une tumeur de l'ovaire diagnostiquée impose un traitement opératoire.

La laparotomie mettra en évidence la tumeur elle-même et précisera sa localisation, ses connexions.

L'exérèse s'impose. Mais ici, le dogme de la conservation guidera le chirurgien. Chaque fois qu'il sera possible, la conservation sera exercée au maximum. En cas de bilatéralité, pas d'hystérectomie chez l'enfant, et ici la thérapeutique de ces tumeurs de l'ovaire s'éloigne de celle de l'adulte où la discussion de l'hystérectomie complémentaire est toujours ouverte.

En présence d'une tumeur unilatérale, le traitement est une thérapeutique d'exérèse à laquelle la radiothérapie peut, dans quelques cas, apporter un secours, s'il y avait récurrence ou signes faisant craindre la malignité.

CONCLUSIONS

Les tumeurs de l'ovaire chez l'enfant sont plus fréquentes qu'on a bien voulu le dire. Elles apparaissent le plus souvent à la naissance et à la puberté.

A l'occasion le plus souvent de complications (torsion, hémorragie intra-kystique...), elles se manifestent par une symptomatologie clinique assez bruyante pour imposer un diagnostic qui, souvent, prêterait cependant à discussion.

Il est difficile, même d'après les caractères histologiques ou embryogénétiques, de faire une classification simple et claire de ces tumeurs. Peut-être un classement biophysique sera possible. Pour l'instant, leur pronostic ne peut être affirmé d'une façon formelle.

Comment se comporter vis-à-vis de l'ovaire du côté opposé ? La question ne se pose pas s'il est sain. Il faut qu'il soit conservé (encore que AVEU ait publié une observation de kyste développé sur un ovaire restant chez une enfant de 17 ans opérée 7 ans auparavant pour une tumeur de l'ovaire du côté opposé). Mais la conduite à tenir devient plus délicate lorsqu'il existe sur l'annexe opposé des formations kystiques parcellaires.

Des résections partielles de l'ovaire, il faut s'en souvenir, restent praticables. Des débris d'ovaires autogènes valent toujours mieux que des greffes ultérieures toujours possibles.

Reste à discuter la question de la radiothérapie post-opératoire.

Elle n'est indiquée, pensons-nous, que lorsque l'examen histologique a fait craindre un développement

malin de la tumeur, avec toutes les réserves que l'on doit conserver sur ce pronostic.

Néanmoins, une grande majorité de ces tumeurs est radiosensible et le traitement physique complètera utilement le traitement chirurgical.

Mais, nous insistons encore, celui-ci est l'essentiel, la radiothérapie ne devant être que complémentaire et dans tous les cas, surtout chez l'enfant, prudemment dirigée.

Les résultats d'un tel traitement sont, chez l'enfant, relativement bons. Et c'est pour le moins une surprise heureuse que d'avoir enlevé de grosses tumeurs d'aspect souvent douteux dont l'examen histologique laisse quelques amères pensées et de ne pas observer de récidives.

Vu et approuvé,
Le Président du Jury :
J. FIOLE.

Vu et approuvé,
Le Doyen :
L. CORNIL.

Vu et permis d'imprimer :
Aix, le 8 Février 1940
Le Recteur : E, GAU

BIBLIOGRAPHIE (résumée)

En dehors des thèses de FRANÇAIS, VARANGOT, ROUSSELIN, ALI SAADAT, MATHIEU, dans lesquelles on trouvera une complète bibliographie, nous avons consulté :

MINNE et GERNEY. — *La Gynécologie Française*, mai 1939.

ADRIAN. — *Thèse* de Strasbourg, 1935.

DON LUIS DE MORA. — *Thèse* de Paris, 1930.

GUY et ADRIAN. — *Bull. Soc. Obstét. et Gyn.* 1935, p. 310.

BERNSTEIN. — « Tumors of ovary a study of 1101 cases of operat. for ovar. tumors (*Amer. J. of obstet. and Gyn.*, 1936, p. 1.023)

LEMET. — « Essai sur les tumeurs de l'ovaire » (*Thèse* de Paris, 1937).

BOURDE. — « Les kystes de l'ovaire chez l'enfant » (*Marseille Méd.*, 15 janvier 1927).

P. MOULONGUET et J. VARANGOT. — « Folliculomes de l'ovaire et leur activ. endocrin. » (*Presse Médic.*, 14 nov. 1936).

HOCHE. — « Seminome de l'ovaire » (*Thèse* de Nancy, 1929).

ANDERSON. — « Granulosa cell carcinoma of the ovary in a child of three years » (*Amer. J. of Obst.*, 1937, p. 19).

BEENARDBERG et SICARD. — « Tumeur solide de l'ovaire chez une fillette de 14 ans » (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.* XXII, 1933, p. 716).

BERTRAND et SOUSTELLE. — « Tumeur maligne de l'ovaire chez une enfant de 12 ans » (*Lyon Médic.*, CLI, 1933, p. 747).

CASASESCO. — « Le virilisme ovarien » (*Presse Méd.*, 1931, p. 1264).

- DREYFUS. — « Tératomes de l'ovaire. Action endocrinienne des tumeurs de l'ovaire chez les enfants » (*Arch. Méd. Enf.*, 1936, p. 721).
- KAUGAS. — « Tumeur de l'ovaire chez l'enfant » (*Journ. Chir.* 1937, p. 787).
- MEYER. — « Angiosarcome de l'ovaire chez fillette 11 ans » (*Bull. Obst. et Gyn.*, XX, 1931, p. 308).
- MILLET. — « Un cas de matur. sex. précoce chez enf. de 15 mois » (*Soc. Péd.*, Paris, 1934, p. 1.773).
- WAKELEY. — « Ov. kyst. occuring in children » (*Surg. Gyn. Obst.*, 1933, p. 692).
- DARCOURT. — « Kyste derm. tordu de l'ov. chez un enf. de 6 ans » (*Bull. Société Chir. Marseille*, oct. 1931).
- CARCASSONNE et Jean POUCEL. — « A propos des tumeurs de l'ovaire chez l'enfant » (*Sud Méd. et Chir.*, mai 1939).
-

TABLE DES MATIERES

	Pages
Généralités	15
Pathogénie	21
Anatomie pathologique	27
Etude clinique	31
Observations	37
Traitement	45
Conclusions	47
Bibliographie	49

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
